

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE

RAFAEL DA SILVA CARDONA

PORTFÓLIO FINAL
RASTREAMENTO POR BUSCA ATIVA DE PACIENTE COM
FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS TIPO II NO
BAIRRO SANTA TEREZINHA – DOM PEDRITO/RS

DOM PEDRITO-RS
2017

RAFAEL DA SILVA CARDONA

PORTFÓLIO FINAL
RASTREAMENTO POR BUSCA ATIVA DE PACIENTE COM
FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS TIPO II NO
BAIRRO SANTA TEREZINHA – DOM PEDRITO/RS

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA,
como requisito parcial para conclusão
do Curso de Especialização em Saúde
da Família sob orientação da Dra. Ana
Amélia Nascimento da Silva Bones
médica de família e comunidade,
mestre em Ensino na Saúde.*

DOM PEDRITO-RS
2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
1.1 Apresentação do Profissional e do Município.....	3
1.2 Contextualização da Unidade Básica de Saúde.....	4
1.3 Projeto de Intervenção – Apresentação e Justificativa.....	6
1.4 Prevalências de patologias.....	7
2. RELATO DE CASO.....	9
3. ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	14
3.1 Atenção ao pré natal de baixo risco.....	14
3.2 Atenção ao Paciente com Patologias Mentais.....	15
3.3 Atenção ao paciente com doença Crônica.....	16
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	19
4.1 Visita Domiciliar e o Sistema Único De Saúde.....	19
4.2 Visitas Domiciliares na ESF Santa Terezinha – Dom Pedrito/RS.....	20
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	28

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do Profissional e do Município

Sou médico formado pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA) no ano de 2014/2, ingressei no vestibular de 2008/02. Após conclusão do Curso fui convocado pelo Exército Brasileiro tendo servido no Centro de Instrução de Guerra na Selva (CIGS) na cidade de Manaus-AM por 2 anos. Realizei meu desengajamento das Forças Armadas para assumir a vaga no Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB. Fui médico titular do Serviço de Medicina de Emergência do Hospital Adventista de Manaus desde a conclusão da graduação até ser alocado no Rio Grande do Sul pelo programa.

Estou alocado no município de Dom Pedrito – RS. A cidade está situada na região da campanha gaúcha e faz fronteira ao norte com o município de São Gabriel, Lavras do Sul e Rosário do Sul; oeste com o município de Santana do Livramento; a leste com o município de Bagé e ao sul com a República Oriental do Uruguai(Figura 1). Está 441 km distante da capital do estado. Possui uma área de 5.192km² com população segundo o Censo do IBGE/2010 de 38.916 habitantes com densidade de 7,5 hab./km². O índice de desenvolvimento humano da região é considerado alto com indicador de 0,783. Possui um Produto Interno Bruto estimado de 602.521.780 milhões de reais com um PIB per capita de 15.468,31.



Figura 1 – Localização do município

O município tem uma economia predominantemente focada no setor primário sendo o cultivo de arroz e soja importantíssimos para a economia da região. Também se destacam o rebanho de gado de corte e ovinos, sendo o município o 3 maior rebanho de ovinos do Brasil.

Na questão de saúde, o município possui um hospital filantrópico e um pronto socorro que atende as demandas que necessitem de internação hospitalar e medicina de emergência respectivamente. Os serviços de referência que funcionam no município se restringem a pediatria e ginecologia. Todas as outras especialidades são referenciadas para outros municípios como Bagé, Santa Maria, Pelotas, Rio Grande e Porto Alegre.

1.2 Contextualização da Unidade Básica de Saúde

O município possui 7 equipes de Estratégia Saúde da Família(ESF) sendo seis urbanas e uma ESF rural. Todos os médicos do município trabalhando na atenção básica são oriundos de programas federais sendo 4 provenientes do PROVAB e 3 estrangeiros de Cuba do Programa Mais Médicos para o Brasil. Eu estou vinculado a ESF Santa Terezinha que faz parte da UBS José Hamilton Torres onde também funciona a ESF São Gregório. Somos portanto duas equipes de saúde responsáveis pelo planejamento de duas microrregiões da cidade. Nossa unidade é composta de dois médicos, sendo eu vinculado ao PROVAB e uma médica de nacionalidade Cubana vinculada ao Programa Mais Médicos para o Brasil – PMMB; duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas profissionais responsáveis pela higienização, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal uma recepcionista e dez agentes comunitários de saúde(ACS).

A unidade foi fundada há 6 anos e foi projetada desde a sua fundação para ser uma ESF. Possui uma estrutura bem ampla, tendo em sua planta dois consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem adaptado para saúde da mulher, farmácia, sala de vacinação, sala de esterilização, recepção, sala de reuniões e atividades de grupo, sala de acolhimento e triagem, sala de curativos, sala de higienização, sanitário dos funcionários, sanitário masculino, feminino aliado a fraldário e um terceiro adequado a deficientes físicos.

Minha microrregião tem população de 2341 habitantes sendo assistida por cinco agentes comunitários de saúde que executam a cobertura de aproximadamente de 40% da microrregião. As demais áreas não possui cobertura de ACS.

O horário de funcionamento da ESF é das 07:30 as 16:00 porém o horário do atendimento médico é diferenciado pois os médicos do PROVAB cumprem 8 horas diárias e as médicas estrangeiras realizam seis horas corridas após negociar esse horário flexível com a Secretaria de Saúde do Município.

Meu cronograma semanal esta exemplificado na tabela 1:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Atendimento Clínico	Atendimento Clínico	Atendimento Clínico	Consultas de Pré Natal	Pós Graduação UFCSPA
Tarde	Visitas Domiciliares	Atendimento Clínico	Atendimento Clínico	Atendimento Clínico	Pós Graduação UFCSPA

Tabela 1 – Agenda Profissional

Conforme visto na tabela 1 não é realizado atendimento de puericultura pois a Secretaria de Saúde condensou todo os atendimentos nesse âmbito de responsabilidade do serviço de pediatria da cidade.

Entre as demandas de saúde de maior prevalência na minha microrregião destacam-se Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), Diabete Melitus tipo II(DM II), Dislipidemia, e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Foi constatado que a população da área possui hábitos inadequados de alimentação e uma prevalência considerável de tabagistas.

Nossas metas para 2016, acordadas entre os membros da equipe no início do ano foram(1) aumentar a cobertura do rastreamento de Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama através de campanhas de conscientização e realização de um maior número de citopatologia oncológica e solicitação de mamografias, (2) estimar a porcentagem da população que encontra-se com Índice de Massa Corporal(IMC) inadequado utilizando os dados da triagem dos atendimentos diários. (3) estimar o número de pacientes portadores de Hipertensão arterial sistêmica na nossa

microrregião, identificar fatores de riscos associados a doença e realização atividades educativas visando promoção e prevenção de comorbidades relacionadas a HAS e (4) estimar o número de pacientes portadores de DM II, classificá-los conforme adesão ao tratamento usando níveis de hemoglobina glicada e realizar rastreamento conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica número 36.

1.3 Projeto de Intervenção – Apresentação e Justificativa

Conforme verificado na literatura, o diagnóstico da diabetes DM II em seu estado inicial depende de exames de rotina facilmente realizados na Atenção Básica. Entretanto, por se tratar de uma doença de curso amplamente assintomática em seu curso inicial compartilhando essa qualidade com a HAS e a Dislipidemia, o rastreamento por busca ativa se torna uma importante estratégia de saúde pública visando promoção e prevenção de comorbidades associadas.

Com o trabalho conjunto dos Agentes comunitários de saúde, é possível rastrear todos os comunitários que preenchem os critérios preconizados pelo Ministério a seguir discriminados na tabela 2:

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC > 25 kg/m ²) e um dos seguintes fatores de risco:
<ul style="list-style-type: none"> • História de pai ou mãe com diabetes; • Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); • História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; • Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); • Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; • Obesidade severa, <i>acanthosis nigricans</i>; • Síndrome de ovários policísticos; • História de doença cardiovascular; • Inatividade física;
Ou
Idade ≥ 45 anos
Ou
Risco cardiovascular moderado
(BRASIL, 2013)

Tabela 2

O objetivo geral do projeto visa diminuir o número de casos de DM II subdiagnosticados na microrregião e servir de projeto-piloto para implementação da estratégia de rastreo nas demais microáreas do município. Tendo uma melhor dimensão do problema a cerca da prevalência da doença poderemos instituir medidas informativas e melhorar a qualidade de vida dos comunitários.

1.4 Prevalências de patologias

No Brasil, as patologias relacionadas ao coração e aos vasos sanguíneos(infarto agudo do miocárdio(IAM), insuficiência renal, Acidente Vascular Cerebral(AVE) e Edema Agudo de Pulmão) representam uma parcela considerável das mortes no país, representando 27,4% dos óbitos em 2011.(BRASIL, 2013). Existem diversos fatores de risco bem definidos para doenças cardiovasculares sendo a HAS e a DM II responsáveis por um número relevante de casos. Estima-se que 11 a 20% da população adulta no Brasil seja portadora de HAS e a correlação com AVE está bem documentada sendo constatado que 85% dos pacientes acometidos possuem as duas patologias associadas. Já 40% dos pacientes vítimas de IAM possuem HAS como uma das suas comorbidades. Em relação a DM II sua prevalência na população adulta brasileira estima-se ser de 7,6% sendo responsável por comorbidades similares a HAS. (BRASIL, 2013).

Como vemos no número de pacientes cadastrados nessa ESF na tabela 3, podemos constatar que dos 2349 moradores, 298 são portadores de HAS e 134 de DM II o que corresponde a 12,96% e 5,7% respectivamente. Caso excluirmos as pessoas com 15 anos ou menos temos 18,67% e 8,4% respectivamente. Cabe ressaltar que esses números não correspondem ao total de moradores na comunidade e sim apenas os com registro na UBS e que realizam o tratamento na Unidade.

Tabela 3

DADOS DO TERRITÓRIO DA EQUIPE	
Número de pessoas no território da equipe	2349
Número de pessoas de 15 ou mais anos	1596
Número de mulheres de 10 a 59 anos	973
Número de gestantes	13
Número de crianças menores de 2 anos acompanhadas	31
Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas	12
Número de crianças menores de 4 meses acompanhadas	4
Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas	5
Número de hipertensos do território	298
Número de diabéticos do território	134
Número de gestantes com pré-natal no mês	6
Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares	13
Número de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo	4
Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo	4
Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	12
Número de crianças menores de 2 anos pesadas	31

Conforme produção do mês de dezembro de 2016 nesta ESF, demonstrada pela tabela 4, do total de 199 atendimentos aproximadamente 25% deles foram pacientes portadores de HAS e 16% dos pacientes diabéticos. Nessa tabela não estão registrado os atendimentos de pessoas que foram a ESF para verificação da pressão arterial ou da glicemia capilar.

DADOS DE PRODUÇÃO DO MÉDICO	
	Total no Mês
Número total de atendimentos individuais	199
Número de consultas de cuidado continuado	138
Número de consultas agendadas	183
Número de atendimentos de pré-natal	19
Número de atendimentos de puericultura	11
Número de atendimentos de hipertensos	54
Número de atendimentos de diabéticos	32
Número de atendimentos de pessoas com asma	2
Número de atendimentos em saúde mental	24
Número de atendimentos em álcool e outras drogas	3
Número de atendimentos de pessoas com tuberculose	0
Número de atendimentos de pessoas com hanseníase	0
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de útero	13
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de mama	10
Número de visitas domiciliares	15
Número de atividades coletivas (reuniões de equipe, atendimento em grupo, etc.)	1
Número de encaminhamentos para hospital e serviços de urgência/emergência	7

Tabela 4

2. RELATO DE CASO

Atendi no dia 18 de junho de 2016 em visita domiciliar, junto com a enfermeira da minha unidade e Agente Comunitário de Saúde o senhor GACF 62 anos portador de DM II. Abaixo segue a anamnese e exame físico da primeira consulta.

“S - GACF, paciente do sexo masculino de 62 anos queixando-se de “açúcar” alto há “muito tempo”

Paciente me recebe de forma hostil, relata que desde que descobriu que era diabético há 5 anos não conseguiu normalizar a glicemia. Faz uso de metformina 850mg 3x ao dia e Insulina NPH bedtime 10UI a noite.

Nega outras comorbidades, ou alergias.

Funções Fisiológicas preservadas

Nega perda de peso, polaciúria, poliúria ou polifagia.

Nega história de lesões em membros inferiores ou lesões ativas.

Avaliação Nutricional: paciente não faz nenhum tipo de restrição alimentar

Não realiza atividade física.

0 – Bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço. Hidratado, normocorado, anictérico e acianótico. Sem edemas em membros inferiores.

PA: 170x100 mmHg, IMC: 29kg/m² Glicemia Capilar: 238mg/dL(não estava em jejum)

Ausculta Cardíaca: Ritmo Cardíaco Regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopros

Ausculta Respiratória: Nada digno de nota.

Extremidades: Sem edemas ou úlceras ativas em extremidades. Pulsos presentes e palpáveis.

A – Diabetes Melitos tipo 2 descompensada

HAS?

P – Oriento quanto alimentação e modificações do estilo de vida.

Solicito exames (HMG, Hemoglobina Glicada, Glicemia de jejum, Colesterol total e frações, creatinina, PSA total, EQU e potássio)

Solicito M.A.P.A para diagnóstico de hipertensão

Solicito ECG

Solicitado encaminhamento ao oftalmologista para realização de fundoscopia

Entrego ao paciente recomendações alimentares impressas.

Reavaliação do MAPA em uma semana”

Conforme caderno de atenção básica n° 37 foi solicitados exames laboratoriais, eletrocardiograma e fundoscopia para avaliação inicial de investigação para HAS(BRASIL, 2006)

- Eletrocardiograma;
- Dosagem de glicose;
- Dosagem de colesterol total;
- Dosagem de colesterol HDL;
- Dosagem de triglicerídeos;
- Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5);
- Dosagem de creatinina;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Fundoscopia.

Quadro 1

Foi realizado Medida Ambulatorial da Pressão Arterial para diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica com duas aferições no dia(uma ao acordar e a outra antes do jantar conforme fluxograma proposto pelo ministério da saúde(BRASIL, 2016).

A segunda consulta foi realizada uma semana depois, também sendo em caráter de visita domiciliar devido à resistência do paciente em comparecer a unidade de saúde.

Foi constatado durante a primeira consulta uma postura hostil com a equipe, com o paciente referindo varias vezes que já tinha procurado outros médicos antes, inclusive consultado com endocrinologista e que sua glicemia nunca ficava adequada.

Referia explicitamente que a consulta não era necessária e que se o endocrinologista particular não tinha resolvido o problema o médico do posto de saúde também não conseguiria resolver.

Paciente realizou o MAPA conforme solicitado tendo os seguintes resultados:

	Quarta	Quinta	Sexta	Segunda	Terça
Manhã	160x100mmHg	160x100mmhg	160x100mmHg	150x90mmHg	160x90mmhg
Tarde	170x100mmHg	150x100mmHg	150x90mmHg	140x80mmhg	170x100mmHg

Tabela 5

Foi dado diagnóstico de Hipertensão arterial grau II seguindo a classificação da Sociedade Brasileira de Cardiologia da VI Diretriz brasileira de Hipertensão Arterial:

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

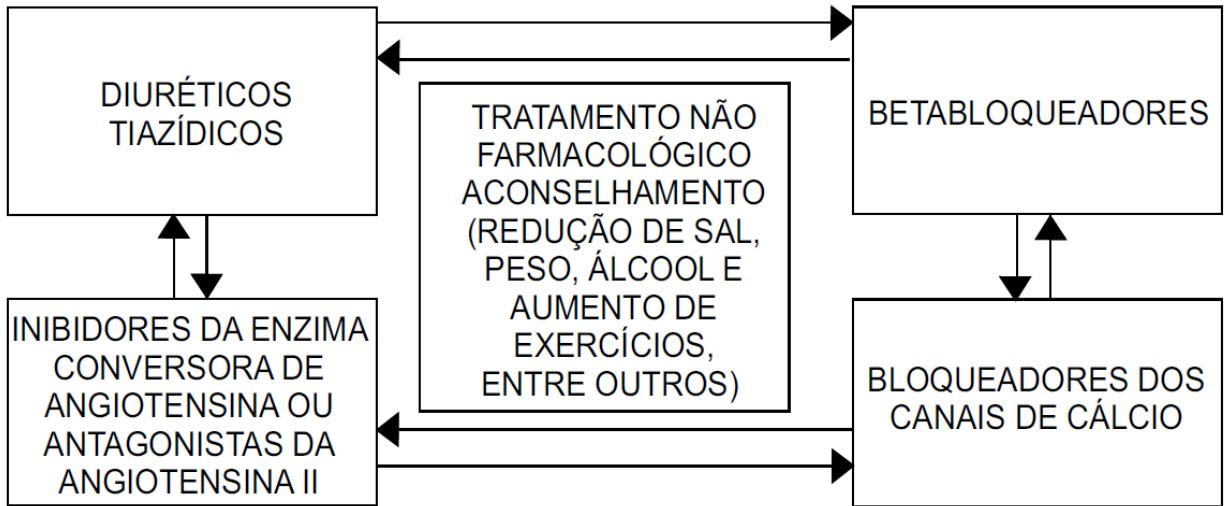
Tabela 6

E foi iniciado para o paciente para tratamento do quadro de hipertensão a seguinte conduta:

- Hidroclorotiazida 25mg – 1cp pela manhã
- Captopril 25mg – 1cp de 12/12horas

E foi reagendado retorno em 15 dias para verificar resultado do tratamento antihipertensivo.

Para formulação da conduta foi utilizado o Quadro de Birgminhan(LIP, 1998)



Quadro 2

Numa terceira consulta, agendada 15 dias após a última visita domiciliar, a esposa do paciente relatou que GACF não seguiu as orientações de estilo de vida que foi proposto pela equipe de saúde. Mais uma vez paciente se mostrou arredoio com a equipe, dizendo que sua glicemia continuava alterada e que as visitas não tinham servido de nada. Seu índice pressórico durante a consulta foi de 140x80mmHg.

Realizou os exames com o seguinte resultado

Exames	08/08/2016
Hemoglobina	12,7
Hematócrito	38%
Leucócitos	8.600
Plaquetas	323.000
Glicemia de Jejum	194mg/dL
HbA1C	9,8%
Colesterol Total	249
LDL	172
HDL	58
Triglicerídeos	139
Potássio	3,9
Creatinina/Clcr	1.1/77ml/min

Tabela 7

Eletrocardiograma sem alteração, e a consulta com oftalmologista foi agendada para o início de setembro.

Paciente apresentava dislipidemia com hipercolesteremia isolada foi prescrito sinvastatina 40mg a noite e orientações quanto a ingestão de produtos de origem animal.

Quanto a diabetes, foi associado a glibenclamida 5mg 1x ao dia e solicitado que o paciente realizasse a glicemia de jejum pela manhã para ajustar a dose de insulina. Foi mais uma vez reforçado a necessidade das modificações de estilo de vida.

Quatro dias após a consulta a Agente Comunitária de Saúde responsável pela área do paciente comunicou que o mesmo estava abrindo mão do tratamento pela equipe de saúde pois continuava com glicemia de jejum alterada e que continuaria seu tratamento com um médico particular.

3. ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

3.1 Atenção ao pré natal de baixo risco

A consulta de pré-natal tem como objetivo prover a gestante de estratégias de cuidado preventivo e curativo durante o período pré concepcional, gestacional e o também no puerpério. É um conjunto de práticas e protocolos integrados que visa a manutenção e aprimoramento da saúde física, mental e social da gestante com a redução de riscos de patologias gestacionais além de colaborar para o desenvolvimento de um feto saudável(BRASIL, 2012)

Desde o início das minhas atividades no programa, não foi realizada nenhuma consulta de caráter pré concepcional e são poucas gestantes que relatam durante a captação que a concepção foi de forma planejada. Devido a esse dado, notamos a demanda de implementar com mais afinco um projeto de planejamento familiar no município.

São realizados todas as quintas-feiras as consultas de pré-natal na minha unidade de saúde. Possuo em média 15 gestantes em acompanhamento, sendo realizado agendamento das consultas conforme a idade gestacional da paciente embasado no protocolo do Ministério da Saúde conforme tabela:

Periodicidade das Consultas de Pré-Natal	
Até 28 Semanas	Consulta Mensal
Entre 28 e 36 semanas	Consulta Semanal
36 semanas até o termo	Semanal

(BRASIL, 2012)

Tabela 8

O município instituiu que a partir das 36 semanas todas gestantes são encaminhadas para o serviço de ginecologia e obstetrícia do município e são acompanhadas pelo especialista até o termo, retornando para a Atenção Básica para realização de consulta puerperal.

Além do aconselhamento individual durante as consultas foi visualizado que poderíamos usar a sala de espera como momento oportuno para trabalhar ações de

promoção de saúde. Nosso objetivo para o ano de 2017 é trabalhar predominantemente sobre dois aspectos principais: (1) Amamentação e (2) Planejamento Familiar.

A sala de espera é um bom momento para fortalecer o vínculo da Unidade de Saúde com a gestante. Possui uma dinâmica de troca de informações entre as gestantes que aguardam o atendimento compartilhando experiências entre si. Além disso, as atividades suavizam a espera em si, visto que as consultas de pré-natal costumam ser mais longas o que aumenta muito o tempo da chegada da gestante até o atendimento. É uma forma de ocupar um espaço que antes seria destinado ao ócio com recomendações quem impactam na saúde tanto da gestante como do bebê.(TEIXEIRA , 2006)

Nosso planejamento de atividades educativas consiste em:

1) Amamentação

- Posicionamento e Pega
- Benefícios da Amamentação para a mãe e o bebe
- Principais intercorrências da amamentação(Ingurgiamente e Mastite)
- Ordenha e Preservação do leite materno

2) Planejamento Familiar

- Métodos Anticoncepcionais de Barreira
- Métodos anticoncepcionais hormonais
- Dúvidas quanto a ligadura
- Anticoncepção de emergência
- Decisão quanto a hora certa de engravidar

3.2 Atenção ao Paciente com Patologias Mentais

A atenção primária a saúde deve ser a porta de entrada para os pacientes que necessitem de acompanhamento psiquiátrico. Pela proximidade da unidade de saúde a esses pacientes, se torna vital o vínculo da equipe para atender as

demandas. Já faz parte da rotina das ESF de todo Brasil o cuidado dos pacientes que apresentam transtornos e sofrimentos psíquicos sendo importante para o médico generalista ter conhecimento de como manejar esses pacientes.(BRASIL, 2013)

Atendo mensalmente um número expressivo de pacientes enquadrados nas patologias de saúde mental. As doenças mais incidentes na minha unidade de saúde são:

Patologias	Pacientes
Transtorno por abuso de substância	16
Transtorno de Ansiedade	08
Depressão	4
Agorafobia	1
Esquizofrenia	1
Transtorno Bipolar	1

Tabela 8

Apesar do número expressivo de pacientes, apenas quatro desse total tiveram o seu diagnóstico na atenção básica. 15 dos pacientes com diagnóstico de transtorno de abuso de substância são usuários crônicos de benzodiazepínicos. É estimado que 1 a 3% da população mundial fez uso de pelo menos 1 ano de benzodiazepínicos(RIBEIRO, 2007). Quanto a dados referente a população brasileira estima-se que pelo menos 5,6% da população geral já tenha feito uso desse tipo de medicamento(CARLINI, 2006)

A meta para 2017 no posto de saúde é revisar a conduta dos pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos e iniciar a retirada gradual dos quadros em que o fármaco não é mais necessário. Será usado essa estratégia de retirada gradual pois demonstrou-se mais eficiente do que a troca para um fármaco com meia vida menor(PARR, 2009)

3.3 Atenção ao paciente com doença Crônica

Foi visualizado a necessidade de planejamento em promoção e prevenção referente a Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Obesidade e Diabete Mellitus tipo 2 devido a contribuição desses fatores no desenvolvimento de

patologias cardiovasculares. A maneira que escolhemos para estratificar os pacientes de acordo com a sua doença crônica segue os seguintes critérios: 1) A severidade da comorbidade do paciente e 2) a capacidade de autocuidado (MENDES, 2012). Segue abaixo a análise segundo Sturmer e Bianchini(2012):

1) Severidade da comorbidade do paciente:

Analisamos a severidade da comorbidade do paciente realizando uma reflexão do grau de sofrimento que a patologia incide na avaliação da prática de saúde centrada na pessoa e pelo risco cardiovascular do paciente por ser portador da moléstia. Podemos classificar o nível de severidade da comorbidade, em relação as patologias cardiovasculares seguindo o seguinte sistema:

NÍVEL DE SEVERIDADE DA COMORBIDADES	EXEMPLOS
Nível 1: Fatores de risco sem doença estabelecida	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Obesidade • Sedentarismo
Nível 2: Doença Crônica em estágio inicial ou bem controlada	<ul style="list-style-type: none"> • DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) controlada sem índice expressivo de risco cardiovascular
Nível 3: Doença crônica com fatores de risco alarmantes e alto risco cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia ventricular esquerda • DM em uso de insulina • DM2 descontrolada • HAS descontrolada
Nível 4: Comorbidades e complicações atribuída as doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> • IAM • AVE • Insuficiência renal • Retinopatias • Insuficiência renal crônica • Pé diabético

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012)

Tabela 9

2) Capacidade de autocuidado

Ao realizar a estratificação do paciente durante as consultas de cuidado continuado é importante avaliar o discernimento do paciente quanto a suas faculdades de realizar ações de preservação da sua saúde e a colocar em prática as orientações discutidas com a equipe de saúde referente a sua condição clínica de portador de uma patologia crônica.

A maneira de mensurar a capacidade de autocuidado de forma efetiva pode ser feita analisando a forma como o paciente se relaciona com as suas patologias; quais as mudanças propostas pela equipe de saúde que o paciente adotou desde o diagnóstico; o apoio familiar nas modificações de estilo de vida e a percepção do paciente frente os danos da não adoção das modificações orientadas (MENDES, 2012).

Abaixo encontra-se os pontos a serem averiguados que configuram a incapacidade do paciente de manter o autocuidado:

Pontos que sugerem incapacidade de autocuidado

- Pacientes com percepção distorcida quanto o caráter crônico e sem prognóstico de cura.
- Pacientes com histórico de baixa aderência ao tratamento proposto
- Pacientes em situação de vulnerabilidade social
- Pacientes com baixa percepção do seu auto comprometimento no processo de mudança.
- Paciente que desmotivam do tratamento quando as suas expectativas não são alcançadas
- Pacientes acometidos por transtornos psíquicos que interferem no andamento do tratamento..

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012).

Tabela 10

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

4.1 Visita Domiciliar e o Sistema Único De Saúde.

O SUS através da Estratégia Saúde da Família tem proporcionado atendimento em diversos territórios brasileiros antes não assistidos pelos serviços de saúde. A ESF entretanto não se resume apenas ao atendimento ambulatorial realizado em sua sede, mas também no conhecimento e acompanhamento de pacientes que necessitam de cuidados permanentes e que se encontram impossibilitados de comparecer as consultas na unidade(CARVALHO, 2011)

Diversas patologias cursam com severas debilidades no decorrer do curso natural da doença. Na área que atendo, minhas visitas domiciliares têm como público-alvo pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral, Pacientes em Cuidados Paliativos em estágio terminal de Câncer, pacientes em estágios avançados de Doença Pulmonar Obstrutivas Crônicas, Insuficiência Cardíaca, além de visitas a pacientes que apresentam grande vulnerabilidade social.

O acompanhamento domiciliar dos pacientes com patologias crônica diminui a necessidade de internação hospitalar por descompensações, e o manejo das intercorrências leves em nível primário sem a necessidade de deslocar o paciente para os departamentos de emergência. É a forma encontrada para inverter o eixo de cuidados vigente no Brasil que possui uma visão centrada em hospitais, que muitas vezes acaba gastando recursos além do necessário(BRASIL, 2012)

O envelhecimento populacional, que é uma tendência já em países desenvolvidos e que está ocorrendo em países emergentes como o Brasil tem produzido uma pirâmide etária cada vez mais expressiva no número de Idosos. O aumento nessa faixa populacional muda o perfil epidemiológico de prevalência e incidência de doenças sobrecarregando o SUS em seu nível especializado sendo necessário uma nova forma de abordar esse novo cenário de saúde(BRASIL, 2014).

Dessa forma o acompanhamento dos pacientes em nível de atenção básica tornou-se necessário para manter princípios do SUS como integralidade e universalidade. A visita domiciliar portanto se tornou uma peça fundamental do

processo não podendo ser relevada e devendo ser sempre estimulado pelos gestores da Atenção Básica.

4.2 Visitas Domiciliares na ESF Santa Terezinha – Dom Pedrito/RS

Em minha unidade realizamos visitas domiciliares as segundas-feiras no turno da tarde. Disponibilizamos 5 atendimentos fixos e encaixes esporádicos. Para realizar essas visitas necessitamos que a prefeitura disponibilize o carro da ESF porém nem sempre esse está disponível. Diversas vezes não pude realizar as visitas domiciliares devido a falta de transporte. Já realizei algumas reuniões com o setor de transporte orientando quando a importância desse tipo de serviço pois é ofertado para os pacientes mais necessitados e a situação melhorou consideravelmente após a troca de gestão no início de janeiro de 2017.

As visitas domiciliares são realizadas com equipe de médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde. A visita domiciliar gera um relatório composto por diagnóstico situacional do paciente sendo averiguado o diagnóstico clínico, diagnóstico de enfermagem e o nível de cuidado e vulnerabilidade social.

Esses dados são usados para elaborar um mapa dos nossos pacientes em visita domiciliar e planejar a partir da necessidade e da patologia como ocorrerá o retorno da equipe a residência.

Nesse ano de trabalho, a ESF se envolveu em diversos atendimentos domiciliares, tendo participado desde atividades de prevenção e promoção de saúde até acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos por patologias em estados terminais.

Em relação as pacientes em cuidados paliativos, sempre tivemos o objetivo de aprimorar a qualidade de vida desses pacientes orientando os cuidadores no manejo de intercorrências cotidianas. Realizamos atividades educativas quanto a prevenção de úlcera de decúbito devido a grande incidência dessas comorbidades em pacientes acamados.

Outra preocupação constante da equipe é no manejo da dor dos pacientes terminais. Acompanhamos os últimos 4 meses de uma paciente com carcinoma de pulmão em estagio 4 com metástase óssea para coluna lombar. Apesar de não ter

mais opções terapêuticas, ficou a cargo da ESF o manejo das intercorrências. Tivemos um trabalho intensivo para manejar as crises álgicas da paciente e os episódios de desconforto respiratório. No fim, apesar do curso natural da doença já estar selado foi possível proporcionar com o trabalho de equipe um final de vida confortável.

Devido ao grande número de pacientes vítimas de AVC que encontram-se acamados foi necessário um trabalho de capacitação dos cuidadores desse pacientes visto esses familiares se tornam o “link” entre a equipe e o núcleo familiar. Utilizamos então os agentes comunitários de saúde para nos repassar as demandas dessas famílias para que possamos planejar o tipo de cuidado nos períodos entre as consultas.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Quando comecei a atender na ESF Santa Terezinha em Dom Pedrito/RS não possuía nenhuma experiência em Atenção primária e Saúde da Família. Não conhecia como o espectro de atendimento do médico de família e comunidade é amplo e que se trata de uma especialidade médica que atua em praticamente todos os ramos da medicina.

Proporcionar aos profissionais do PROVAB um curso de especialização é fundamental para conseguir desenvolver um bom trabalho no âmbito de atenção básica justamente pela imensidão dessa área. As ferramentas que pós-graduação me proporcionou foram fundamental para moldar minha atuação. Tanto a primeira parte do curso focado no gerenciamento das atividades da Estratégia Saúde da Família quanto a segunda parte focada nas intercorrências clínicas mais comuns foram de grande valia na formação profissional para buscar graus mais altos de excelência nos trabalhos do dia a dia.

Pude realizar um acompanhamento das gestantes que realizavam o pré-natal em minha unidade. Utilizando o caderno de atenção básica nº 32 montei o protocolo de condutas na minha unidade ajudando minhas colegas cubanas que atendem na mesma estrutura física a realizar a rotina de pré natal segundo o que o Ministério da Saúde preconiza. No total fiz o acompanhamento de 28 gestantes nesse período de 01 ano que estou trabalhando no posto de saúde.

Meu município possui um bom serviço de ginecologia e obstetrícia então sempre foi tranquilo referenciar gestantes que necessitavam de atendimento especializado. Tive algumas ocorrências de Doença Hipertensiva Exclusiva da Gravidez que pude resolver em conjunto com os especialistas.

Em relação ao atendimento de pediatria, não realizei puericultura pois esse atendimento é realizado pela pediatra da cidade. Porém atendi pacientes a partir dos dois anos com suas demandas clínicas. A pós da UNASUS me ajudou a consolidar meus ensinamentos para esse público-alvo.

As nossas metas para esse ano de trabalho foram focados principalmente em produzir dados epidemiológicos da nossa área para definir as maiores necessidades que deveríamos focar. Foi visualizado que nossa cobertura de exames

citopatológicos merecia uma maior atenção da equipe então formulamos um protocolo para busca ativa das pacientes da área seja utilizando os agentes comunitários de saúde, seja realizando conscientização do assuntos aos pacientes que veem ao unidade por outras queixas.

Junto com a estratégia de aumento de cobertura de exames de citopatologia oncológica, iniciamos também a conscientização para o rastreio do câncer de mama, orientando para que mulheres de 50 a 74 anos realize o exame conforme orientação médica. Tivemos alguns casos de diagnóstico esse ano de câncer de mama de pacientes que não realizavam a mamografia de rastreio anualmente.

Em relação as patologias responsáveis pelo aumento dos eventos cardiovasculares como hipertensão arterial sistêmica, diabete melitos, dislipidemia, obesidade e tabagismo. Foi desenvolvido a nível ambulatorial o hábito de se conversar sobre esse assunto mesmo que o paciente tenha procurado a ESF por outra queixa.

Foi realizado de forma extensiva a conscientização do controle dessas patologias além do encaminhamento para nutricionista das pessoas que encontravam-se acima do peso e gostariam de corrigir sua alimentação, inicio do tratamento medicamentoso para 17 pacientes que desejavam parar com o tabaco, estimulação a prática de atividades físicas apesar de não possuímos educador físico na rede do município e nem o município possui um grupo de apoio a saúde da família.

Capacitei com o que aprendi na pos graduação meus Agente comunitários de saúde que não tinham conhecimento da sua importância para o desenvolvimento das atividades. Uma equipe de ACS motivada e reconhecida de sua importância e trabalho é fundamental para a dinâmica do funcionamento da unidade. Aprendi nesse um ano que é a partir dos agentes comunitários que evidenciamos as famílias mais vulneráveis e aquelas que necessitam de visitas ativas mais constantes.

Implementamos nos últimos 6 meses o grupo do “HIPERDIA” em que debatemos temas relacionados a Diabetes e a Hipertensão Arterial sistêmica e reunimos pessoas com as mesmas dificuldades para juntos trocaram experiências. Debatermos temos como medicação, atividade física, alimentação, e mostramos para o paciente a importância do controle dessas patologias.

Foi uma experiência muito gratificante de trabalhar em um município de perfil 7 localizado no extremo sul do Brasil. Pude averiguar como ainda estamos longe de ter uma saúde pública de excelência devido a falta de recursos, da falta de profissionais e algumas vezes da falta de profissionalismo dos servidores públicos. Pude perceber diversas resistências dos profissionais do meu posto para as mudanças que propus que ocasionaria um maior esforço dos profissionais. O fato de não ser vinculado a prefeitura e pertencer a um programa federal me distancia também das decisões estratégicas da minha unidade que são instituídas pela secretaria de saúde.

Por fim, quero lamentar o fim do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica que fiz parte da antepenúltima turma. Eu motivado pelo que o programa me proporciona escolhi um município longe da minha realidade e pude desenvolver um trabalho que ajudou a comunidade a viver com mais saúde. O fim do programa talvez desincentive profissionais médicos de trabalhar em locais distantes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus: Guia básico para diagnóstico e tratamento**. 2.ed, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

CARLINI EA, et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país.** In: Informação C-CBd, sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006., editors. São Paulo 2006.

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009

LIP, G. Y.; BEEVERS, D. G. **The 'Birmingham Hypertension Square' for the optimum choice of add-in drugs in the management of resistant hypertension.** Journal of Human Hypertension, London, v. 12, n. 11, p. 761-763, nov. 1998.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: OPAS, 2012

PARR JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. **Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis.** Addiction 2009;104:13-24.

RIBEIRO CS AR, Silva VF, Botega NJ. **Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern.** Sao Paulo Med J 2007;125:270-4.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Revista Hipertensão, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.

STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. **Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas**. 2012. No prelo.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde**. Texto & Contexto Enfermagem, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

RAFAEL DA SILVA CARDONA

RASTREAMENTO POR BUSCA ATIVA DE PACIENTE COM
FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS TIPO II NO
BAIRRO SANTA TEREZINHA – DOM PEDRITO/RS

DOM PEDRITO
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

RAFAEL DA SILVA CARDONA

RASTREAMENTO POR BUSCA ATIVA DE PACIENTE COM
FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS TIPO II NO
BAIRRO SANTA TEREZINHA – DOM PEDRITO/RS

*Projeto de intervenção apresentando na
banca examinadora da UNASUS no Curso de
Especialização em Atenção Básica, sob
orientação da Profa. Dra. Shana Teló*

DOM PEDRITO
2016

RESUMO

Esse projeto de intervenção tem como objetivo montar o mapa dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II na microrregião adscrita a Estratégia Saúde da Família do Bairro Santa Terezinha no município de Dom Pedrito/RS. Para tanto será usado o protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº 36 para rastreamento de pacientes assintomáticos e com fatores de risco para a Patologia. Os agentes comunitários de saúde realizarão a prospecção de parte dos comunitários durante suas visitas domiciliares baseados no critério de idade ≥ 45 anos e os demais comunitários que possuem critério para rastreio será realizado pela equipe de saúde durante visitas de acompanhamento de cuidado continuado e ações de oportunidade na própria ESF. Tendo formulado o mapa dos portadores de DM II usar essas informações para traçar as metas e formular o planejamento visando sobretudo a promoção e proteção da saúde.

Palavras Chaves: Diabetes Melitos, Rastreamento, Atenção Básica

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Problema.....	6
3. Justificativa.....	7
4. Objetivos	
4.1 Objetivos Gerais.....	8
4.2 Objetivos específicos	8
5. Revisão de Literatura	
5.1 Diabetes Melitus.....	9
5.2 Rastreamento do diabetes melitos tipo II	10
6. Metodologia	11.
7. Cronograma	12
8. Recursos Necessários.....	13
9. Resultados Esperados	14.
10. Referências Bibliográficas	15

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2 é uma patologia metabólica que impõe ao organismo humano um estado crônico de hiperglicemia ocasionado ou pela resistência periférica ao hormônio Insulina ou decorrente da falta global do hormônio. Tem a característica de ser uma doença silenciosa e por vezes assintomática ocasionando complicações vasculares com altos índices de morbidade e mortalidade.(ADA, 2011).

No ano de 2012 foi estimado 26,4 milhões de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus tipo II nos países da América Central e do Sul com previsão de aumento para 40 milhões até 2030. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Em 2000, o Brasil ocupava a 8ª posição em prevalência, com 4,6% da população portadora da moléstia. Especula-se que passe para 6ª posição, com prevalência de 11,3%, em 2030.(OMS, 2003)

Ao considerarmos a evolução em longo prazo, esta doença pode causar diversas consequências que incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Além de ser um dos principais fatores de risco populacional para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001).

Dentro desse contexto, para o DM2 temos os fatores não modificáveis, como a idade, e os fatores modificáveis, sendo o sobrepeso, distribuição central de gordura, Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, dislipidemias, sedentarismo e tabagismo, estes últimos são os que mais contribuem para o desenvolvimento da doença (CERCATO ET al., 2004; BRASIL, 2006).

Estipula-se que 80% dos casos de DM2 podem ser conduzidos na Estratégia Saúde da Família. No controle da doença é fundamental efetuar medidas de prevenção aos fatores de risco responsáveis pela instalação da moléstia, o diagnóstico precoce e cuidado continuado aos pacientes com o diagnóstico visando à prevenção de complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

Para isso, o Ministério de Saúde sugere que seja realizado o rastreio, com o objetivo de identificar o público-alvo através da Atenção Básica de Saúde, a caracterização deste grupo é preconizado pela Associação Americana de Diabetes que segue os seguintes critérios:

1. Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

História de pai ou mãe com diabetes; Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); Exame prévio de HbA1c \geq 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; Obesidade severa, acanthosis nigricans; • Síndrome de ovários policísticos; • História de doença cardiovascular; • Inatividade física;

2. Idade \geq 45 anos;

3. Risco cardiovascular moderado (ADA, 2013).

Seguindo a linha de pensamento da Estratégia Saúde da Família – ESF é possível identificar os usuários assintomáticos e desenvolver práticas de promoção de saúde devida sua proximidade com a população, e com isso reduzir o índice de complicações associadas ao Diabetes tipo II (STACCIARINI, 2008).

2. PROBLEMA

Subdiagnóstico dos pacientes portadores de DMII que seria resolvido com a implementação de um protocolo de rastreamento, utilizando os Agentes Comunitários de Saúde para realizar uma busca ativa na microrregião em questão.

3. JUSTIFICATIVA

Na área adtrita da Estratégia Saúde da Família Santa Terezinha não existe um banco de dados dos pacientes em tratamento para DM II. Dessa forma trabalhamos predominantemente no modelo de “Queixa/Conduta” não tendo a real dimensão da problemática envolvendo essa patologia, dificultando o planejamento de atividades focadas na promoção e proteção à saúde.

Sabemos inclusive da existência de quantidade relevante de casos de diabetes subdiagnosticados visto que diversos comunitários, sobretudo os moradores do sexo masculino, não comparecem a ESF a menos que exista alguma demanda clínica e estamos lidando com uma doença historicamente silenciosa, assim como a Hipertensão Arterial Sistêmica e as Dislipidemias.

Portanto, esse projeto de intervenção visa revelar a realidade da patologia na nossa microrregião para podermos iniciar, quando for o caso, as medidas de controle da doença o quanto antes evitando assim instalação de comorbidades que afetam substancialmente a qualidade de vida do doente.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Utilizar o protocolo de rastreamento para identificar todos os pacientes do território adstrito à ESF Santa Terezinha que preenchem os critérios de rastreio a realizar exame diagnóstico para DM II.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Planejar ações de prevenção e promoção de saúde identificando o real escopo dos pacientes portadores de DM II na microrregião.
- Iniciar o tratamento medicamentoso e de mudança de estilo de vida precocemente para reduzir os riscos de agravos cardiovasculares fatais e não fatais.
- Reduzir a prevalência de mortalidade e morbidade referentes a complicações ocasionadas pelo DMII

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus (DM) tem forte influência em promover lesões vasculares, assim como desenvolver morbidades associadas a essas lesões, diminuir a expectativa de vida dos portadores e provocar restrição à qualidade de vida (OMS, 2006). É uma doença de grande relevância em saúde pública, pois gera um custo social considerável e apresenta evidência do aumento da prevalência nas próximas décadas. A prevalência mundial do diabetes para 2010, segundo estimativas, era de 6,4%, o que representa mais de 280 milhões de pessoas, e até 2030 acredita-se que 7,7% da população mundial seja acometido pela moléstia, o que representa 439 milhões. (SHAW, 2010)

DM é uma desordem metabólica caracterizada pela hiperglicemia. Existem dois tipos de DM: Tipo I que geralmente é diagnosticada na juventude e se caracteriza pela destruição autoimune das ilhotas pancreáticas produtoras de insulina e a Tipo II (o foco deste projeto de intervenção) caracterizada pela resistência a ação da insulina e por relativa deficiência do hormônio.(ADA, 2014)

O diagnóstico de DM é definido por meio bioquímico e é definido por 1) Hemoglobina Glicada (HbA1c) maior que 6.5%, glicemia ao acaso maior que 200mg/dL, Glicemia em Jejum maior que 126mg/dL ou teste oral de tolerância a glicose (TOTG) após duas horas da ingestão de 75g de glicose superior à 200mg/dL. (OMS, 2014)

Modificações do estilo de vida são considerados terapias de primeira escolha para a grande maioria de pacientes e incluem reeducação alimentar, manutenção do peso corporal ideal e exercícios físicos. Numerosas drogas de diversas classes são usadas para tratamento da DM. Incluem para tratamento a biguanida metformina que diminui a produção hepática de glicose e é considerada o tratamento de escolha para pacientes com diagnóstico recente de DM (ADA, 2013) e as sulfonilureias (glimpirida, gliclazida) que estimulam o pâncreas a produzir e liberar mais insulina. Essas drogas fazem parte do Programa Farmácia Popular do Brasil e são oferecidas a população a custos reduzidos.

5.2 RASTREAMENTO DO DIABETES MELITOS TIPO 2

Rastreamento de adultos assintomáticos para DM tem o objetivo de identificar precocemente a doença e assim instituir tratamento adequado para prevenir as comorbidades associadas a patologia (ADA, 2012). Estratégias de rastreamento incluem o rastreamento de rotina e o rastreamento direcionado a pacientes que possuem fatores de risco.

O rastreio de pacientes pode ser realizado por glicemia em jejum, por teste oral de tolerância a glicose ou por hemoglobina glicada(HbA1c)(ADA, 2014). Rastreio por hemoglobina glicada é geralmente mais conveniente pois não requer jejum como os outros testes e é hoje considerado o teste de escolha para o diagnóstico de DM tanto pela American Diabetes Association quanto pela Organização Mundial de Saúde(ADA 2016, OMS 2014). Existem evidências entretanto que sugerem que HbA1c pode ser menos sensível no diagnóstico que os outros métodos(TANKOVA, 2012).

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde que define as diretrizes sobre os cuidados do paciente diabético os critérios para inclusão para rastreio estão descritos na tabela abaixo:

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC > 35 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

Ou

Idade ≥ 45 anos

Ou

Risco cardiovascular moderado

(BRASIL, 2013)

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico intervencionista, onde será realizado rastreio dos comunitários que preencherem os critérios de para rastreamento para DM do Caderno de Atenção Básica nº 36.

Em primeiro momento, será realizado o cadastro de todos os comunitários que possuem diagnóstico de DM e que estão em tratamento supervisionado na unidade. Será então confeccionado um mapa do território com o auxílio do GoogleEarth® conforme orientado no curso de especialização da da UNA-SUS.

Será excluído do rastreio pacientes que preencherem os critérios do MS porém que tiverem realizado alguns dos exames para diagnóstico nos últimos dois anos.

Para diagnóstico será solicitado exame de glicemia em jejum pois o exame de TOTG75 e HbA1c não são fornecidos pelo SUS no município onde será aplicado esse projeto.

Após identificados os comunitários que já possuem o diagnóstico, o processo de rastreio ocorrerá em etapas. O motivo da fragmentação do rastreio visa diluir os custos que o projeto incidirá ao município visto que existe uma cota máxima de exames mensal que é repassado à atenção básica.

As etapas serão:

- Todos os pacientes com mais de 45 anos serão orientados pelos Agentes Comunitários de Saúde para comparecer a ESF Santa Terezinha para solicitação do exame de rastreio.
- Pacientes identificados pelo médico durante visita domiciliar ou consulta na ESF que possuam $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e possuam fatores de risco.
- Pacientes identificados pelo médico durante visita domiciliar ou consulta na ESF que possuam risco cardiovascular moderado ou superior.

Após a identificação de todos os pacientes, iniciar acompanhamento dos pacientes que forem diagnosticados pelo programa de rastreio.

7. CRONOGRAMA:

Procedimento	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Elaboração do banco de dados dos pacientes em tratamento para DM II pela unidade	X	X					
Delimitação da microrregião atendida pela ESF no Google Earth	X	X					
Identificar no mapa os pacientes em tratamento no Google Earth		X	X				
Busca Ativa pelos Agentes Comunitários dos moradores com 45 anos sem diagnóstico de DM II		X	X	X	X	X	X
Busca Ativa dos pacientes identificados na ESF com IMC ≥ 35 kg/m ² e fatores de risco sem diagnóstico de DM II		X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos pacientes com risco cardiovascular moderado sem diagnóstico de DM II identificados na ESF.		X	X	X	X	X	X
Encaminhamento dos pacientes para realização dos exames diagnosticos			X	X	X	X	X
Mapa da Diabetes na área da ESF Santa Terezinha					X	X	X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Computador para elaborar o banco de dados e o mapa do Google Earth®;
- Acesso a internet;
- Caneta;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Cota de exames de glicemia em jejum;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS;

9. RESULTADOS ESPERADOS

- Demarcar a microrregião de atuação da ESF Santa Terezinha.
- Identificar no mapa digital onde reside os moradores com diagnóstico firmado de DM II.
- Planejar estratégias de acompanhamento pelos agentes comunitários e cuidado continuado pela equipe de saúde dos pacientes em tratamento.
- Identificar os pacientes com fatores de risco para DM II segundo o protocolo de rastreamento do Caderno de Atenção Básica nº 36.
- Extinguir o índices de comunitários sub diagnosticados para DM II
- Planejar ações de promoção e prevenção baseados nos dados coletados.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes.** Diabetes Care, Alexandria, v. 34, no.1, p.12, 2011.

_____. **Standards of medical care in diabetes** - 2014. Diabetes Care. 2014;37(Supplement 1):S14-S80.

_____. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.** Diabetes Care. 2012;35:S64-S71.

BRASIL. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus** Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** - Brasília

CERCATO, Cintia et al. **Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a Brazilian population.** *Rev. Hosp. Clin* [online]. 2004, vol.59, n.3, pp.113-118.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

_____. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2013.** *Diabetes Care*, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, jan. 2013.

SHAW JE, Sicree RA, Zimmet PZ. **Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030.** *Diabetes Res Clin Pract* 2010 Jan 87(1):4-14.

STACCIARINI, T S G et al. **Fatores Associados à auto-aplicação nos usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela estratégia saúde da família.** Cad. Saúde Pública, jun/2008, vol.24, nº6,p.1314-1322.

TANKOVA T, Chakarova N, Dakovska L, et al. **Assessment of HbA1c as a diagnostic tool in diabetes and prediabetes.** Acta Diabetol. 2012;49(5):371-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia.** Geneva: World Health Organization; 2006

_____. **Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus.** World Health Organization. 2014

.